

_____, il _____

Alla C.A.
Direzione Amministrativa
DIPARTIMENTO AMMINISTRATIVO DI CONTROLLO
E DEGLI AFFARI GENERALI E LEGALI
S.C. AFFARI GENERALI E LEGALI
Via Ottorino Rossi n. 9 – 21100 Varese
Tel. 0332/277.325
www.ats-insubria.it
protocollo@pec.ats-insubria.it

OGGETTO: Richiesta di adesione al pagamento del solo ticket dovuto e non versato per la fruizione di prestazioni sanitarie e/o farmaci, dispensati dal SSN e proroga della scadenza.

Il/La sottoscritto/a _____

nato/a _____ il _____

codice fiscale:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

residente a _____

(Prov.) _____ cap. _____

indirizzo _____ n. civico _____

telefono fisso _____ cellulare _____

indirizzo mail _____

Visto il S.P.V. n.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Visto l'art. 6 comma 2° della Legge Regionale n. 20/2025

CHIEDE

a codesta ATS di poter provvedere al pagamento del solo ticket dovuto, agli interessi maturati, oltre alle spese di procedimento, per prestazioni di specialistica ambulatoriale o altre prestazioni assimilate e/o per prestazioni di assistenza farmaceutica ai fini della regolarizzazione.

Si allega al presente copia del documento d'identità fronte/retro.

In fede,

Firma _____